

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखापाल)	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	810524/0108	APPLICATION DATE आवेदन तिथि:	31/5/24
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	D.C Nagayudu	AGE-YEARS वय-वर्ष:	53
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	S/o late chinnayah	SEX लिंग:	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवास स्थान		mudlur giri road, Anthonagaramballi factory ward no. 2, Thonkottu, kurnool dist.	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवास स्थान			
OCCUPATION: प्राकृतिक	Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जीवित नहीं)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	15000/-	(Attach Proof of income) (आय का साक्षण संलग्न)	
PAN No. स्थाई स्वातंत्र्य संख्या:			
*ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय का याता है (जो मान्य हो उम्र पर महीने का निशान लगायें)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
①	mangala	51/4	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विकल्प आप्त			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के गोप्य उम्रण पर (उम्रण पर की जान प्रति संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जाति वात की प्रशंसन पर (उम्रण पर की जान प्रति संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कोड (उम्रण पर की जान प्रति संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विकल्प का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनस्वास्थ्यकार्ड में जारी की गई आवेदन सूची संलग्न		
①	Diagnosis RE culture & AC culture		
Emergency: AC cut operation			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता विभी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्थी वर्ष सहायता राशी	
①	DBCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: अर्थात् द्वारा संकेत पत्रः

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहां पर्याप्त हूं कि इस प्राप्ति में दिये गए मध्ये विवरण में सौनकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। परं कोई विवरण एवं कलन असत्य पाया जाता है तो मेरी महामत निम्न को जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो महामत पायी "कोशिका प्राप्तिहान", मेरे लिए जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तृप्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में था। यह गलत है।

3) मैं पूरी करता हूं कि यह महामत है कि यह प्राप्ति की गई है, उस गणि का अविष्ट एवं कलन निम्न कानूनी से न तो लिया है और न ही लिया न है।

AGREEMENT by APPLICANT (申請者 聲明本項)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/get-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

(1) इस पर्याप्त वाक्यांक वा अंगठे की जाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जहाजिरी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोदीर्घ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जी विवरण इस प्राप्ति में चर्चित है, तभी "कोशिका" एवं बासी, दान, वयनाया तूम्हे उद्देश्य से गुरुती विनियोगियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उत्तर या अन्य संपर्क करने की लिए अधिकृत है। मेरे चर्च का विवरण में इसके को पढ़ते जा चाहे, मैं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायोदीर्घ अधिकृत है।

(2) मैं (आवेदक) इस चाल में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से ज्ञापित है युक्त भूतः स्थानक का इकायर नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपर्युक्त न्यायोदीर्घ का नियम अधिकृत ही बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

मार्गदर्शक की विधियां और नियमों का सम्पर्क



AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पिटल द्वारा)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter) hereby affirm & accept following:

- (Hospital) hereby agrees & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकारी हमाराहरि को और से बदलनेवाली को "कोट्टेन्टका कांडालेश्वर" में विसिनी जगहाता हैं तु मिलविए की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम प्रकार से मानने व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व ही अंतिम और व ही भविष्य में विजित सहायता किसी गैर सहायती संस्थान के किसी अन्य संस्थान से उपलब्ध नहीं होती है, जैसे कि हमने "कौशिक प्राचीनकाल" व शिल्पीयवादी इन्होंने अपने नाम पर "कौशिक प्राचीनकाल" द्वारा नाम दिया है। यदि "कौशिक प्राचीनकाल" द्वारा सहायता विनियोग विविध प्रकार सभी किए जाते हैं तो अपनायकरण किसी अन्य गैर सहायती संस्थान का किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में सब जहाँ जाता है कि अपनायकरण द्विष्ट बरए उस दोगीयप्रकार से ही किसी गैर सहायती संस्थान का किसी अन्य संस्थान से वही संस्थानीय है।

२. "कोशिका चालन्ड्रेश्वर" में भी यह सहायता के बाहर विद्युत उपकरण की है। ऐसी पर हमेशा इस एवं जलजला या विद्युत गति उपकरण/इंडिकेटर का बुखार ऐसी एवं हमेशा के बीच का विपण है और "कोशिका चालन्ड्रेश्वर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमेशा में ऐसी के दबाव सुधार और अनेक जगह की सारी विमेंद्री ऐसी एवं हमेशा भी होती है और "कोशिका" की कोई अधिकता या विमेंद्री इस घटने में जल्दी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंशोत्तर की तारीख	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr & Regd. No with Stamp) KMC No. 90244	Mr. Lakshman Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name of Organisation & Stamp of Authorised Signatory) # 18/M, Thirumalaiyah Puram, Madras Main Road, Chennai-600009 Name & Place of Hospital
3/5/24		

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

मानसिक उपचार है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इस्तेज़ 2